DISSERTATION

N° 242.

SUR

LA HERNIE INGUINALE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 30 août 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR A. LOUVEL, né à Villanies-la-Juhel,
Département de la Mayenne;

Médecin de la Maison de répression de Saint-Denis.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, Président. / JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS, Examinateur.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutigue et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER, Suppléant. / BOUILLAUD. / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, Examinateur. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle, Examinateur.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet, Examinateur.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cotterau, Suppléant.	Rochoux.
Devergie.	Sandras.
Dubled, Examinateur.	Trousseau.
Dubois.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MA MÈRE.

A MON PÈRE.

A MA TANTE BARBOTTE.

Témoignage d'amour et de reconnaissance,

A. LOUVEL.

DISSERTATION

SUR

LA HERNIE INGUINALE.

Obligé de mettre rapidement en ordre des notes prises dans les hôpitaux et aux cours, je crains d'omettre bien des choses sur un point si important de la science ; au reste, je n'ai la prétention que de rapporter aussi fidèlement que possible les travaux qui ont été faits dans ces derniers temps sur la hernie inguinale. Les efforts des savans, jeunes et vieux, français et étrangers, ont poussé l'anatomie à un tel point de perfection, et la chirurgie a fait tant de progrès depuis le siècle dernier, qu'il n'est guère permis d'attendre d'un élève des découvertes qui puissent changer les idées reçues sur tel ou tel point de la science. Heureux si, dans cet essai, les principes les plus essentiels n'ont point échappé à mon énumération !

Principes généraux.

1°. On désigne, en général, sous le nom de *hernie*, une tumeur contre nature formée par l'issue d'un viscère, hors de la cavité qui doit le contenir et qui reste recouverte par quelqu'une des parois de cette cavité.

La hernie inguinale a été observée dans tous les lieux et à tous les âges pour ainsi dire. Cependant les habitans des pays chauds y paraîtraient beaucoup plus disposés que les habitans du Nord ; à cet égard, la France tiendrait, comme son climat, le milieu entre les deux extrêmes. On a calculé qu'un trentième environ des hommes étaient affectés de cette maladie. Chez les femmes, elle est beaucoup moins fréquente. Quant aux âges, l'enfance, la jeunesse, et la fin de l'âge adulte y sont bien plus exposés que les vieillards ; et si l'on peut observer très-fréquemment cette affection chez ces derniers, c'est que depuis plus ou moins long-temps la hernie s'était formée.

La hernie inguinale est aussi fréquente à elle seule, et même plus, que toutes les autres. On la remarque plus souvent à droite qu'à gauche. L'intestin grêle a plus de propension à sortir par l'anneau inguinal droit, les hernies du gros intestin sont plus fréquentes à gauche. Il en est de même pour l'épiploon, qui a une tendance marquée à sortir à gauche.

Presque tous les viscères contenus dans l'abdomen peuvent former hernie, mais ils ont plus ou moins de tendance à se déplacer. Il faut excepter le duodénum, le pancréas et les reins. On pourrait classer, d'après leur tendance à s'échapper, l'épiploon d'abord, puis les intestins jéjunum, l'iléon, le cœcum, l'arc du colon et sa portion iliaque.

Les viscères placés dans l'un des côtés de l'abdomen ne sortent pas toujours de cette cavité par l'anneau inguinal qui leur correspond.

Le sac herniaire se comporte avec le ligament rond de l'utérus chez la femme de la même manière qu'avec le cordon spermatique chez l'homme ; alors la hernie a une enveloppe de moins, le muscle crémaster n'existant pas. Lorsque la hernie fait des progrès, elle pénètre dans une des grandes lèvres.

La peau du scrotum ou des grandes lèvres se trouve quelquefois tellement distendue par la hernie, que le sujet devient inhabile à l'acte de la génération.

La hernie inguinale peut avoir l'air d'un cône allongé : quelquefois aussi elle est arrondie, sphéroïde ; c'est ce qui a lieu dans l'inguinale

interne. Si dans le voisinage il existe des cicatrices profondes, les hernies prennent une forme irrégulière, ce qui rend leur diagnostic plus difficile.

Sac herniaire.

Le sac herniaire a presque toujours beaucoup d'épaisseur dans une hernie qui n'a pas été réduite : on a cru que le sac ne devait son épaisseur qu'à l'accroissement de nutrition. Ce n'est point au péritoine qu'il faut rapporter son épaisseur. Le tissu cellulaire contracte avec lui des adhérences, et ce sont quelquefois des aponévroses qui lui font prendre cette épaisseur ; cependant il l'est quelquefois par lui-même. On a vu un sac herniaire acquérir jusqu'à deux et trois lignes d'épaisseur.

L'adhérence du sac herniaire est difficilement proportionnée à la quantité du tissu cellulaire. On doit considérer le sac relativement à sa consistance et à son épaisseur : il arrive qu'en le disséquant il paraît formé de plusieurs lames membraneuses assez intenses, d'autres fois faibles et unies par du tissu cellulaire ; mais il arrive qu'entre ces différens plans, il se forme des kystes, quelquefois très-petits, d'autres fois assez larges, et quand on les ouvre, on trouve un fluide. Ce cas est très-embarrassant ; car alors on n'est pas dans le sac herniaire. Le liquide peut être jaunâtre ou de toute autre couleur. Dans ce cas, le sac est manifestement composé de plusieurs lames.

Dans l'intérieur d'un sac herniaire, on doit considérer deux régions, sa cavité et son col. Sa cavité commence par où la hernie s'est formée. Le col se prolonge vers la cavité abdominale. Le dernier est moins large que la première ; mais il y a des rapports de dimension entre les diamètres du col et de la cavité. Ordinairement dans les hernies très-anciennes qui contiennent une grande portion d'intestin, le col s'élargit beaucoup, mais il tend à s'étrangler. Chez quelques sujets, le sac herniaire présente plusieurs collets ou rétrécissemens. Pour concevoir leur formation, il faut admettre la hernie échappée du ventre non réduite. Si au bout de quelque temps, le malade fait

des efforts, la portion du sac herniaire descend plus bas et la portion rétrécie fait partie de sa cavité. Il se forme alors un nouveau col.

Le sac herniaire a éprouvé un certain degré d'inflammation. Deux points se trouvent enflammés et en contact : ces parties deviennent adhérentes, alors il y a deux lobes.

Lorsqu'une hernie est récente, sa cavité ne contient pas de sérosité ; mais lorsqu'elle est échappée depuis long-temps, et qu'elle est devenue le siége d'une inflammation, il se fait une exsudation d'un fluide jaunâtre. Si l'inflammation est forte, le fluide devient d'un jaune rouge contenant des fluides albumineux plus ou moins abondans ; enfin si elle est plus aiguë, ce fluide rougeâtre devient d'un rouge obscur, et quelquefois, lorsqu'elle est sur le point de se terminer par gangrène, le fluide est noirâtre, fétide, et la hernie devient affectée de gangrène.

Corps étrangers.

L'anse intestinale qui forme la hernie peut contenir des noyaux de fruits, des portions d'os, des arêtes, des vers intestinaux, des concrétions biliaires, etc. Si ces corps sont lisses et d'un petit volume, on prescrit le repos, les potions huileuses laxatives, les lavemens. Si ces corps présentent des aspérités, il faut ouvrir le sac.

Étranglement.

Il y a des étranglemens inflammatoires qui ne sont pas compliqués d'engouement, c'est lorsqu'ils se développent lentement. Cet étranglement a lieu dans les hernies volumineuses chez les sujets constipés, et quand les gaz sont trop abondans dans le canal intestinal.

L'étranglement proprement dit a lieu lorsqu'une hernie présente les caractères suivans :

1°. Lorsqu'elle est irréductible ; 2°. lorsque la douleur qui existe dans le lieu où se trouve l'obstacle à la réduction est plus ou moins loin de l'entrée dans la cavité abdominale ; 3°. lorsqu'il y a interruption des

matières fécales. Ce caractère manque souvent, mais à lui s'en réunissent d'autres, tels que douleurs vives dans la partie herniée, nausées, fièvre forte, teint jaune. Dans les douleurs abdominales, le visage est pour ainsi dire criblé, le pouls est dur, concentré, intermittent, irrégulier, il ressemble à une corde de violon bien tendue. Lorsqu'on examine la partie de très-bonne heure, il existe une constriction circulaire sur la portion herniée ; le diamètre est bien différent de l'ouverture qui a donné passage. La constriction exercée par l'ouverture aponévrotique sur les parties sorties est la cause la plus fréquente de l'étranglement : on a vu quelquefois le testicule arrêté à l'anneau inguinal étrangler une portion d'intestin ou l'épiploon. Le sac herniaire a quelquefois lui-même étranglé les organes déplacés. Nous avons déjà parlé des collets ou rétrécissemens que peut affecter le sac. La tunique vaginale est plus sujette à ces sortes de rétrécissement que le sac de la hernie inguinale ordinaire. Un coup violent sur la hernie peut être cause d'une déchirure, les intestins s'échappent dans le tissu cellulaire du scrotum et se trouvent étranglés. L'étranglement est quelquefois le résultat de la réduction de la hernie.

L'étranglement aigu ou inflammatoire se rencontre le plus ordinairement dans les hernies qui paraissent subitement à la suite d'un effort, d'une chute. Il affecte plus spécialement les individus pléthoriques, vigoureux, etc. Un effort violent chez un sujet qui porte un bandage est souvent aussi la cause d'étranglement.

Les symptômes de l'étranglement aigu sont ordinairement moins graves dans les hernies épiploïques que dans les hernies intestinales.

L'étranglement avec inflammation est beaucoup plus grave que l'étranglement par engouement. L'étranglement de la hernie inguinale est en général plus grave chez la femme que chez l'homme, plus dangereux chez les adultes, chez les enfans, chez les sujets vigoureux que chez ceux qui sont faibles.

Dans toute hernie étranglée, le but des chirurgiens doit être de soustraire les parties herniées à la constriction qu'elles éprouvent, et de les replacer dans leur situation naturelle. Ses moyens sont, la situation

du malade, la diète, le taxis, la saignée, les bains, les topiques émolliens, répercussifs, astringens; les boissons et les lavemens relâchans; enfin l'opération, si la tumeur devient douloureuse. L'état de grossesse doit engager aussi à pratiquer sans délai l'opération si l'étranglement ne cède pas promptement.

Ordinairement, après la réduction de la hernie, les accidens diminuent et cessent, quelquefois c'est le contraire. La faiblesse de l'intestin étranglé, son inflammation, celle du reste du conduit intestinal, du péritoine; une bride membraneuse, le rétrécissement qu'a pu contracter l'intestin dans le canal inguinal, peuvent encore entretenir les symptômes d'étranglement après la réduction. Si après la réduction les évacuations alvines ne paraissent pas, on peut l'attribuer à la faiblesse de l'intestin. Dans ce cas, on emploie les purgatifs; s'il y a symptômes d'entérite, des sangsues; les laxatifs, lorsque les symptômes inflammatoires ont disparu.

Gangrène.

Lorsque la tumeur étranglée est formée par une anse d'intestin, elle est tendue, rénitente, douloureuse; elle devient rouge; la pression cause une douleur qui s'étend dans l'abdomen, le passage des matières fécales et des gaz est interrompu, l'inflammation remonte vers l'estomac. Il y a nausées, hoquets, vomissemens de matières fécales, pouls petit et vif. Si l'étranglement augmente, le ventre se tuméfie, la tumeur se ramollit, devient d'un rouge obscur, livide; le *facies* se décompose, et se couvre d'une sueur froide et visqueuse; le ventre s'affaisse, les douleurs se calment, le vomissement cesse: l'on peut prévoir alors la gangrène, et la mort est imminente. La gangrène n'est jamais la complication des caractères primitifs; presque toujours, quand elle s'empare d'une hernie, elle commence dans l'abdomen: elle est alors consécutive à une violente péritonite.

Causes des hernies.

Il faut les distinguer en *prédisposantes* et *efficientes*. S'il n'existait pas d'ouverture nous y serions moins exposés, mais elles sont nécessaires pour le passage des vaisseaux. Ces ouvertures n'offrent pas les mêmes conditions chez tous les sujets; elles s'agrandissent dans les hydropisies, elles augmentent beaucoup chez les individus qui d'un embonpoint considérable passent à un état de maigreur. Il y a aussi des sujets qui naissent avec les ouvertures vasculaires abdominales très-larges. L'exercice de toutes les professions qui exigent des efforts répétés doit tendre à donner passage aux hernies par les secousses du bas-ventre. Les personnes constipées sont souvent affectées de hernies. Les exercices religieux, où l'on se met à genoux, procurent une tension de l'abdomen aux personnes qui ont beaucoup d'embonpoint et falicité par là la sortie de la hernie. Ces causes ne suffiraient pas si elles n'étaient secondées par les efficientes.

Toute cause propre à rétrécir brusquement l'abdomen est efficiente; ainsi les contractions musculaires de cette région, la difficulté de rendre l'urine, l'accumulation des matières fécales dans le rectum, qui nécessite la contraction des parois de l'abdomen; une chute à plat sur le ventre, sur les genoux, la plante des pieds. La toux, les éternuemens sont encore des causes efficientes. Les intestins sortent d'autant plus facilement que les contractions musculaires de la région sont plus ou moins fortes.

Des hernies formées par l'intestin grêle, le gros intestin, l'épiploon.

Les hernies formées par l'intestin grêle acquièrent dans un temps plus court un volume plus considérable que celles formées par le gros intestin; elles sont régulières, sans bosselures, rentrant facilement; et l'on entend un bruit qui résulte des gaz qui rentrent dans la cavité abdominale.

Les hernies du gros intestin se forment presque toujours avec moins de promptitude que les précédentes ; elles ne sont pas bien unies et essentiellement rénitentes, élastiques comme les précédentes. On sent à travers les tégumens des bosselures, qui sont des matières fécales endurcies, renfermées dans cette portion d'intestin; fort souvent elles sont irréductibles, ayant contracté des adhérences.

Les hernies formées par l'épiploon se font avec lenteur; elles sont bosselées, élastiques, très-longues à réduire ; elles restent difficilement réduites et varient dans leur degré de rénitence.

Prognostic des hernies.

Une hernie simple existant chez un jeune sujet depuis quelque temps peut obtenir une guérison complète.

Les hernies au moment où elles paraissent se trouvent compliquées de douleurs. Les parties formées par l'intestin grêle, sont plus faciles à réduire que celles du gros intestin ou de l'épiploon.

Les hernies formées par le gros intestin sont plus difficiles à réduire, à cause de l'étranglement inflammatoire dont elles se trouvent compliquées ; la hernie congénitale est plus facile à guérir, à cause de la tendance de la tunique vaginale à s'oblitérer.

Anatomie de la hernie inguinale.

On s'est beaucoup occupé de l'anatomie des hernies inguinales. Les premières observations et découvertes sur cet objet sont dues aux étrangers.-*Scarpa* renferme dans un ouvrage *ex professo* ce que *Hœnel* a dit sur la division des hernies inguinales externes et internes; quelquefois elles se forment un peu au-dessus de l'anneau inguinal, à travers les fibres éraillées du muscle grand oblique et le pilier interne. *J.-L. Petit* en rapporte deux observations. Les hernies inguinales sont donc au nombre de deux, l'une externe, et l'autre interne et à travers les fibres de l'anneau.

La hernie commence à se former par la fosse inguinale externe, elle se forme par conséquent en dehors d'un repli du péritoine, qui accompagne l'artère ombilicale ; de là se dirige en bas, en avant et en dedans, jusque vers l'anneau inguinal, et parcourt ainsi un espace derrière et un peu au-dessus de l'arcade crurale, un pouce et demi ou deux pouces depuis la fosse inguinale interne et l'anneau inguinal ; c'est ce que l'on nomme *canal inguinal*, rempli dans l'état naturel par les vaisseaux du cordon spermatique et le muscle crémaster. Cette hernie descend plus ou moins bas dans le scrotum, tendant à conserver la direction oblique qu'elle avait. Dans le canal inguinal, il y a beaucoup de tissu cellulaire, et chez la femme, le ligament rond de la matrice qui se trouve croisé par l'artère épigastrique. Le cordon des vaisseaux spermatiques se trouve placé derrière la tumeur, et l'artère épigastrique croise cette dernière pour se porter vers le côté interne.

La hernie inguinale, arrivée à l'anneau, prend pour première enveloppe le crémaster. Plus superficiellement est une couche de tissu cellulaire, nommée *tunique commune* ; enfin il y a une autre couche de tissu cellulaire, puis le dartos, et tout à fait extérieurement le scrotum. Il ne faut pas oublier dans l'opération que les tuniques sont très-minces, et par conséquent inciser avec beaucoup de précaution.

La hernie inguinale interne se forme par la fosse inguinale interne, et cette fosse, examinée par la surface péritonéale de l'abdomen, correspond à l'anneau inguinal. Ces hernies se forment en dedans du repli du péritoine qui contient l'artère ombilicale obliterée. Elle n'a pour se former qu'un trajet extrêmement court à parcourir, elle se forme de haut en bas et de derrière en devant, elle n'a pas la figure allongée, conoïde de la hernie inguinale externe; elle est large, peu saillante, arrondie, semblable à une portion de sphère ; elle repousse l'anneau inguinal en bas et en avant, elle est peu volumineuse et facile à distinguer. Les rapports anatomiques sont bien différens, le cordon testiculaire offre quelquefois un entre-croisement au sac her-

niaire ; cela peut arriver aussi dans la hernie inguinale externe. L'artère épigastrique a d'autres rapports. La hernie se forme au dehors de l'artère épigastrique, et longe son bord externe, en le croisant à quelque distance au-dessus de l'anneau ; si vous appuyez les doigts sur la hernie, vous pouvez repousser la tumeur dans la cavité abdominale.

Le cordon se trouve quelquefois en dedans et en arrière de la tumeur, il peut même la croiser; il faut donc opérer avec précaution. Il peut survenir une hernie inguinale interne et externe par le même anneau ; elles peuvent être placées l'une à côté de l'autre et l'une devant l'autre. Dans ce cas, l'artère épigastrique, de même que dans les hernies inguinales simples, se trouve placée en dehors; elle peut aussi se trouver entre les deux tumeurs, et ce cas est très-embarrassant.

La hernie inguinale externe se reconnaît quelquefois avant qu'elle ait franchi l'anneau. Immédiatement au-dessus de l'arcade crurale vous sentez une bosselure, et en faisant tousser le malade vous reconnaissez la hernie. La meilleure manière de bien reconnaître la position de l'anneau, c'est, sur un sujet mâle vivant, de pousser le doigt indicateur dans le scrotum en commençant inférieurement; vous le faites remonter, vous le refoulez peu à peu de bas en haut en faissant glisser votre doigt derrière le cordon testiculaire, et vous arrivez ainsi à l'anneau, dont vous pouvez apprécier la dilatation.

Les hernies inguinales internes paraissent brusquement. Il ne faut pas croire que la dilatation de l'ouverture interne de l'anneau soit moins grande que l'externe. Les aponévroses du muscle petit oblique et transverse sont disposées de manière à boucher la moitié de l'ouverture. Si les viscères sortent brusquement, la hernie est large et rentre facilement.

Quand les hernies inguinales sont récentes, on pourrait les confondre; il faut examiner leur direction. Dans la hernie inguinale externe, l'artère épigastrique se trouve au côté interne du col de cette tumeur. Tantôt l'artère est en dehors et tantôt en dedans, parce que l'on ignore si la hernie est interne ou externe. Quand la hernie est ancienne, il est presque toujours impossible de savoir comment elle s'est

formée, la position du cordon doit servir de guide; il ne faut donc débrider ni en dedans, ni en dehors. En opérant, on examinera la position du cordon. Souvent l'artère épigastrique accompagne le cordon, et, dans ce cas, la situation du cordon peut indiquer la direction de l'incision à faire. Lorsque la hernie inguinale se formera entre les fibres du pilier externe de l'anneau, l'artère se trouve alors en dedans du col de la tumeur, et au côté externe si la hernie est formée dans les fibres écartées du pilier interne.

On peut confondre la hernie inguinale avec plusieurs affections, et réciproquement.

D'abord l'hydrocèle de la tunique vaginale. L'une et l'autre tumeur occupent le scrotum, sont cylindroïdes, légères, presque transparentes; il y a un autre caractère chez les enfans, mais qui n'est pas commun examiné à sa juste valeur. Vous comprimez la tumeur d'un enfant, vous la refoulez de bas en haut dans l'anneau, vous la faites disparaître et croyez avoir réduit une hernie. Vous examinez bien le malade, et vous trouvez la tumeur dans le canal inguinal; mais, si vous pressez celui-ci, vous voyez la tumeur reparaître: il est des cas où il est fort difficile de déterminer quelle est la maladie. La tunique vaginale n'est pas toujours oblitérée en haut chez les enfans, elle peut présenter une ouverture qui communique avec le péritoine; elle ne sera pas assez grande pour donner issue à une anse d'intestins, et laissera un passage à la sérosité; mais cette communication peut donner ensuite passage à une anse d'intestin et former une hernie congénitale.

Ordinairement l'hydrocèle commence autour du testicule; alors on sent la tumeur dans les environs de cet organe, et non dans le voisinage de l'anneau. Chez les enfans, la hernie se réduit facilement, mais reparaît au moindre mouvement. S'il y a hydrocèle, vous aurez soin de ne pas faire remonter la tumeur; or, dans les cas douteux il ne faut pas essayer de réduire. Un individu a une hernie congénitale, elle a été réduite, il a porté un bandage, et cependant une tumeur à reparu; ce peut être la hernie qui a forcé le bandage, peut-être aussi est-ce de la sérosité. Si alors il y a plus de probabilité pour

l'hydrocèle que pour la hernie, point de ponction; une petite incision suffit; après quoi on ferme la plaie, et on laisse la maladie se reproduire.

On peut encore confondre les hernies inguinales avec un abcès froid médiocrement inflammatoire formé dans le cordon testiculaire, ou bien avec l'engorgement du cordon meurtri par une cause quelconque ou encore engorgé chez un sujet qui porte une sonde dans l'urètre; d'autres fois chez un individu affecté de gonorrhée, et qui avait auparavant présenté des dispositions à l'inflammation du cordon. Lorsque le testicule s'enflamme avec le cordon, il est plus difficile de commettre une méprise. Mais si le cordon s'enflamme seul et que l'on sache que cet engorgement est survenu à la suite d'une chute sur les pieds, le dos ou la partie inférieure de l'abdomen, on pourra supposer la hernie, et l'on sentira le testicule à l'extrémité inférieure de la tumeur.

Quand le cordon testiculaire est engorgé et que la douleur se propage dans l'abdomen, elle suit la direction du cordon. Dans les hernies, au contraire, la douleur se porte vers l'ombilic. Dans l'une et l'autre affection il peut y avoir nausées, vomissemens. On peut encore prendre la hernie inguinale pour une tumeur enkystée du cordon. Cette tumeur conserve le même volume au froid et à la chaleure.

L'hydrocèle vésiculaire est une agglomération de petits lobules contenant de la sérosité sans communication entre eux; quelquefois ce n'est qu'une infiltration : seulement les cellules sont fortement distendues. On pourra reconnaître la différence.

Quand on est bien certain d'avoir affaire à une hernie, et que les symptômes indiqués à l'article *étranglement* se manifestent, alors il faut recourir à l'opération.

Procédé opératoire.

L'opération consiste à inciser les tégumens et le sac herniaire, agrandir l'ouverture par laquelle les viscères sont sortis, et les réduire ensuite ou remédier à leurs altérations. Pour pratiquer cette opéra-

tion, il faut un rasoir, un bistouri droit, un bistouri étroit, courbe et boutonné; une sonde cannelée, mousse et flexible; une pince à disséquer, des ciseaux droits à pointe mousse, des aiguilles courbes, du fil ciré, un linge fin percé d'un grand nombre de petits trous, de la charpie, des bandelettes agglutinatives, des compresses fines de différentes formes, une bande roulée, des épingles, des éponges.

N°. 2.

Le malade placé sur un lit convenable devra avoir la tête fléchie sur la poitrine. Les cuisses et les jambes, dans un état de demi-flexion, seront maintenues par des aides. Le chirurgien, placé de manière que la main la plus exercée corresponde aux pieds du malade, pince et soulève la peau qui couvre la partie supérieure de la tumeur, et lui fait faire un pli dont la direction est perpendiculaire à celle de l'incision qu'il doit pratiquer.

On fait alors sur la tumeur une incision externe prolongée depuis la partie supérieure jusqu'à l'inférieure. Si elle n'est pas volumineuse, il vaut mieux que l'incision soit un peu plus longue supérieurement, on opère le débridement plus facilement et avec plus de sûreté; mais si c'est pour une hernie de sept à huit pouces de hauteur, par exemple, l'incision prolongée n'est pas nécessaire pour ce débridement, et pour s'assurer des parties contenues dans la hernie, l'incision de trois à quatre pouces peut suffire. On pourrait cependant, s'il était nécessaire, la prolonger un peu; mais il faut, en général, se borner à de légères incisions.

Lorsque les hernies ont peu de volume, les parties sont resserrées les unes contre les autres. Dans celles, au contraire, qui sont volumineuses, les parties sont très-écartées. L'écartement des vaisseaux du cordon a été constaté par *Scarpa*. Quelquefois même, dans les hernies volumineuses, l'obliquité du canal inguinal cesse, et l'artère épigastrique se trouve entraînée par le col de la hernie, du côté externe, où elle se trouvait d'abord, au côté interne de la tumeur. Il faut beaucoup de précaution dans cette circonstance. Ainsi, une incision de

trois ou quatre pouces commencera trois ou quatre lignes au-dessus de l'anneau. Dans les hernies volumineuses, elle doit être oblique de haut en bas, et suivant la direction du cordon. Il faut, en un mot, que l'incision soit faite suivant l'axe même de la tumeur. En incisant, on ouvre les artères honteuses externes, et quelquefois les tégumenteuses, qu'il faut lier. Une incision trop prolongée pourrait blesser le testicule ou le mettre à découvert ; il faut donc bien se garder que l'incision pénètre jusqu'au testicule.

Les artères honteuses présentent une dilatation assez remarquable. On a proposé, lorsqu'elles sont ouvertes, de faire une application de charpie trempée dans de l'alcohol ou de l'acide muriatique. La crispation, le resserrement, peuvent subvenir immédiatement ; mais aussi une hémorrhagie considérable peut se déclarer. Ce moyen n'est donc pas bon, le sang coule continuellement pendant l'opération ; il faut l'essuyer sans cesse, et ce temps absorbe celui que vous auriez mis à faire la ligature, ce qui doit avoir lieu de suite après les avoir coupées. S'il est à désirer que le malade perde un peu de sang, on peut retarder la ligature. Dans le cas contraire, vous saisissez les vaisseaux avec une pince, et les liez de suite. Si vous voulez éviter toute hémorrhagie, vous faites deux ligatures, après quoi vous soulevez les couches du sac herniaire en les incisant. On ouvre le sac, on prolonge l'incision supérieurement et même inférieurement, et si l'on juge convenable d'opérer le débridement, il faut agir de la manière suivante :

Le bistouri boutonné olivaire est celui qu'on doit employer. On le tient avec la main gauche ; le tranchant doit être tourné en haut, très-près de l'anneau, sur la partie supérieure du pilier interne. Si la hernie est externe, l'artère est en dedans de l'incision ; si elle est double, il faut tâcher de trouver la position du cordon, et opérer du côté opposé au cordon, puisque, comme *Desault* l'a observé, l'artère épigastrique accompagne le cordon. Avant cela, il faut essayer de dilater l'anneau soit avec des pinces ou avec un autre instrument, de manière à lui faire éprouver une sorte d'éraillement, si cela n'est pas

praticable, débrider alors de dehors en dedans, chercher à introduire le bistouri dans l'anneau, et couper sur l'ongle les fibres les plus supérieures du pilier interne de l'anneau, et toutes les fibres du pourtour de l'anneau qui résistent le plus. Après avoir débridé l'anneau, il faut faire descendre le col de la tumeur à trois ou quatre lignes au dehors de l'anneau. Il faut éviter la lésion de l'artère épigastrique avec d'autant plus de soin que cette lésion est toujours très-grave.

Supposez cette artère coupée dans le débridement, soit pour une position différente ou variété de ce vaisseau, car si vous débridez constamment en dehors et en haut, vous pouvez le blesser. Que faire? Vous ouvrez une artère, quantité de sang couvre la hernie; si le sang ne coule pas avec violence, vous pourrez penser qu'il ne coule pas de l'intérieur du col de la hernie, mais qu'il coule entre le col et le pourtour de la surface interne de l'anneau. Le sang est rouge, les battemens sont isochrones à ceux du pouls; si vous y portez le doigt, il faut le diriger vers l'angle supérieur de l'anneau, et l'hémorrhagie se suspend. Pour trouver l'artère, il faudra tantôt porter l'indicateur en dedans, tantôt en dehors, selon la direction de l'artère et sa position par rapport à la hernie. Si vous laissiez votre doigt assez long-temps, vous pourriez procurer l'oblitération de l'artère; on y peut parvenir en comprimant avec les deux doigts, mais il y a des instrumens destinés à cet usage. On peut employer la pince à polype ou à pincemens. Ses mords devront être très-larges. On l'assujettira avec un fil porté sur l'artère, et on devra l'y laisser assez long-temps: ce sont des cas extrêmement rares. Mieux vaut encore faire la ligature.

Ainsi, dans les hernies inguinales, si elles ne sont pas doubles, vous éviterez toujours l'artère épigastrique en tournant le tranchant en haut et débridant sur le pilier externe.

C'est principalement dans les hernies inguinales externes que l'on trouve des sacs à collets multiples, et l'on voit l'étranglement persister quoiqu'on débride largement. Vous faites un effort pour faire sortir l'intestin et l'épiploon; s'il y a résistance, alors nécessairement l'étran-

glement n'a pas disparu. Si vous ne faites pas cet effort, il est possible que vous ayez de la peine à refouler les parties; vous promenez votre doigt dans l'ouverture herniaire, pour examiner si la réduction est opérée; si vous ne le pouvez pas, il y a alors une autre cause d'étranglement; vous glissez l'indicateur et vous trouvez, à deux pouces au-dessus de l'anneau, un obstacle à la réduction. On a proposé divers moyens pour combattre cet accident. On ne peut pas prolonger l'incision, ce serait trop affaiblir les parois abdominales et exposer le malade à une hernie consécutive. Il faut tâcher d'attirer le sac herniaire dehors, puis enfin la partie étranglée, ce qui est difficile, et vous opérez le débridement; mais si le sac herniaire se trouve trop élevé, il serait impossible de faire descendre les parties; dans ce cas, le bistouri boutonné est très-utile, et quoiqu'on ne voie pas le doigt lorsqu'il est enfoncé derrière les parois de l'abdomen, il faut faire glisser le bistouri dessus et opérer le débridement à une grande profondeur. Le bistouri que l'on appelle *attrape-lourdaud* est aussi très-propre à opérer ce débridement; il doit agir de dedans en dehors. Il est des cas où il est difficile de ne pas blesser l'intestin en opérant le débridement, lorsque le col du sac herniaire est très-dur et tranchant. Alors vous ne pouvez pousser plus loin sans vous exposer à faire une piqûre à l'intestin. Si cet accident a lieu, il faut retirer l'intestin et faire une ligature.

Il y a un cas très-embarrassant, c'est lorsque l'intestin est renfermé dans un sac herniaire entouré, par exemple, de beaucoup d'épiploon. L'étranglement n'est pas récent; vous ne pouvez arriver au pourtour du col du sac, et vous ignorez dans quel état se trouve l'intestin à cet endroit. Dans ces cas, on est obligé de fendre l'intestin pour donner issue aux matières qui se trouvent contenues dans le sac. Il faut légèrement débrider le col du sac herniaire, ainsi que le pourtour de l'ouverture du sac herniaire. Le cas est extrêmement rare, cependant *Richter* et autres l'ont observé.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ubi fames non oportat laborare. *Sect.* 2, *aph.* 16.

II.

A morbo belle comedenti nihil proficere corpus, malus est. *Sect.* d, *aph.* 31.

III.

Qui sana habent corpora, a pharmacis purgati citò exsolvuntur, ut et qui pavo retuntur cibo. *Sect.* 2, *aph.* 26.

IV.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

V.

Ungues nigri, et digiti manuum et pedum frigidi, contracti vel remissi mortem in propinquo esse ostendunt. *Sect.* 8, *aph.* 12.